附件3：

**未就业证明**

医保中心：

兹证明我单位参保职工 （性别： ，身份证号： ）,其配偶 （性别： ，身份证号： ）目前已怀孕，预产期为 年 月 日，从怀孕至今一直未就业。请贵中心根据《中华人民共和国社会保险法》第五十四条之规定，办理生育保险备案登记以及报销该职工未就业配偶的生育医疗费用。

本单位承诺：上述证明材料真实可靠，并承担由此产生的一切法律后果。

单位法人（负责人）签字：

单位名称（章）：

年 月 日